



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr.: 3

Antall ord: 8524

Åndelig/ eksistensiell omsorg til sykehjemspasienter med demens

Abstrakt

Bakgrunn: 70-80 % av pasientene ved norske sykehjem har en demenslidelse. I en god demensomsorg handler det om å se hvert enkelt menneske og bli kjent med dets livshistorie slik at omsorgen blir tilrettelagt for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk. Alle som er avhengige av kommunale helse og omsorgstjenester skal få tilrettelegging og bistand for å kunne utøve sin tro og sitt livssyn. Det er en sykepleie oppgave å ivareta åndelig/ eksistensiell omsorg.

Problemstilling: Hvordan ivareta åndelig/ eksistensiell omsorg for personer med demens på sykehjem?

Oppgavens hensikt: Å fremme kunnskap om hva åndelig/eksistensiell omsorg er og hvordan den kan ivaretas for sykehjemspasienter med demens.

Metode: Litteraturstudie der det er benyttet pensum og støttelitteratur i forhold til problemstillingen. Det er søkt i helsefaglige databaser der det ble valgt ut fire forskningsstudier fra Chinahl og en studie fra Swemed.

Søkeord: Dementia, dementia care, spiritual care, spirituality, nursing home, intercultural.

Funn: Åndelig/ eksistensiell omsorg er å ivareta pasientens identitet ved en personsentrert tilnærming. Åndelig / eksistensiell omsorg har sammenheng med pasientens livshistorie, hva som gir mening i livet, meningsfulle aktiviteter, minnearbeid, livssyn, tro og kulturell bakgrunn. Samarbeid med pårørende, medarbeidere, og med tros / livssynssamfunn er en viktig del av den åndelige/ eksistensielle omsorgen. Helsepersonell trenger flerkulturell kompetanse.

Abstract

Background: 70 – 80 % of the patients in norwegian nursing homes has dementia disorder. In proper dementia care it is about seeing every human as individuals and get to know their history, in order to facilitate for good experiences and meaningful moments. All those who

rely on municipal health and care is entitled to receive assistance and facilitation in order to properly exercise their faith and spiritual needs. It is a nurse's task to give spiritual care.

Problem: How to give spiritual care to dementia patients in a nursing home?

Intention of the thesis: To promote knowledge about what spiritual care is, and how it can be applied to nursing home patients with dementia disorder.

Method: Study of syllabus and support literature related to the problem. Searches have been conducted in health care databases. Four research studies from Cinahl and one from Swemed were chosen.

Search words: Dementia, dementia care, spiritual care, spirituality, nursing home, intercultural.

Findings: Spiritual care is to safeguard the patient's identity by a person-centered approach. Spiritual care is related to the person's life history, what gives their life meaning, meaningful activities, memory work, spirituality, faith and cultural background. Cooperation with relatives, co-workers and religious/spiritual communities is an important part of the spiritual care. Health professionals need multi-cultural expertise.

Innholdsliste

Abstrakt.....	3
Abstract.....	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Hensikt og presentasjon av problemstillingen.	7
1.3 Begrepsavklaring.	7
2.0 Teori.....	9
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv	9
2.2 Demens.....	10
2.3 Åndelig /eksistensiell omsorg.....	10
2.4 Åndelig/ eksistensiell tilnærming.....	11
2.5 Meningsfulle aktiviteter.....	13
3.0 Metode.....	16
3.1 Forskningsmetoder.....	16
3.2 Forskningsetikk.....	17
3.3 Presentasjon av litteraturstudie som metode.....	18
3.4 Oppgavens metode og kildekritikk.	19
4.0 Resultat.....	22
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	22
5.0 Drøfting	25
5.1 Individuell personlig omsorg.....	25
5.2 Ivaretagelse av pasientens kultur.	28
5.3 Åndelig / eksistensiell kompetanse	30
5.4 Konklusjon.....	32
6.0 Referanseliste.....	34

1.0 Innledning

Rikke Nissen, Cathinka Guldberg og Florence Nightingale opplevde et kall til å arbeide med syke mennesker. Bibelens ord om barmhjertighet og nestekjærighet skulle omsettes til handling. De la vekt på hvert enkeltes menneske sin verdi der alle hadde rett til ubetinget barmhjertighet uansett klasse og rase. Den kjærlige omtanken gjalt ikke bare pasientens sykdom men hele mennesket. I dag innebærer "kallet" at en har en oppriktig interesse for andre mennesker (Fause & Micaelsen, 2008). Forskrift til rammeplan for sykepleiere kapittel 2.2 sier noe om hva studenten skal lære. Studenten skal utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets rettigheter, integritet og ivareta pasientens autonomi og medbestemmelse. Sykepleieren skal kunne kommunisere med mennesker med ulik etnisk, kulturell og religiøs bakgrunn. Utdannelsen skal fremme en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av helse og sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008).

1.1 Bakgrunn

Jeg har hatt sykehjemspraksis ved en avdeling for personer med demens. Under praksis erfarte jeg at det å ha kunnskap om personens bakgrunn var viktig i forhold til å gi individuelt tilpasset omsorg. I innledningen til demensplanen 2012-2015 "den gode dagen" står det at ingen ting er viktigere enn det å bli sett og verdsatt. I en god demensomsorg handler det om å se hvert enkelt menneske og bli kjent med dets historie slik at omsorgen blir tilrettelagt for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk (Helse og omsorgsdepartementet, 2012).

Sykepleiere skal kunne dekke de fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behovene. Pasientene ved avdelingen hadde forskjellige livssyn og tro. Omsorgen skulle tilpasses etter deres livssyn og etter hva som var verdifullt i deres liv. Dette handler om å ivareta åndelig / eksistensiell omsorg. I rundskriv fra helse og omsorgsdepartementet (2009) står det: "*alle som er avhengige av kommunale helse og omsorgstjenester skal få tilrettelegging og bistand for å kunne utøve sin tro og sitt livssyn*". Helsedirektoratet (2013) sier at det er mye som tyder på at de åndelige behovene ikke blir godt nok møtt innen for store deler av dagens norske helsevesen og det er derfor laget nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for åndelig omsorg. Disse retningslinjene gjelder kreftomsorg og palliasjon. Det er ikke laget

egne retningslinjer for ivaretagelse av åndelig og eksistensiell omsorg for personer med demens på sykehjem.

1.2 Hensikt og presentasjon av problemstillingen.

Ca 70- 80 prosent av pasientene ved norske sykehjem har en demens lidelse. Pasienter med en demenslidelse kan ha redusert evne til å uttrykke sine behov fordi de kan ha et lite ordforråd og en redusert evne til å forstå (Berentsen, 2010,s 355- 379).

Kristoffersen (1998) sier i Brinchmann (2010,s 27) at den åndelige dimensjonen er forbundet med hvert enkelts menneskes valg av livssyn, religion og verdier og at det er en sykepleier sin oppgave å identifisere og ivareta pasientens åndelige/ eksistensielle behov. Hensikten med oppgaven er at sykepleiere skal få økt kunnskap om hva åndelig/ eksistensiell omsorg er og hvordan en kan ivareta dette hos sykehjemspasienter med en demenslidelse. Oppgaven er avgrenset til sykehjemspasienter med langt kommet demens. Oppgaven omfatter ikke palliasjon og død selv om ivaretagelse av åndelig/ eksistensiell omsorg er viktig innen for det området. Oppgaven legger vekt på hva åndelig /eksistensiell omsorg er og hvordan sykepleier kan ivareta den åndelige og eksistensielle omsorgen til denne pasientgruppen. Problemstillingen blir derfor følgende:

"Hvordan ivareta åndelig / eksistensiell omsorg for personer med demens på sykehjem?"

1.3 Begrepsavklaring.

Demens:

" En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid" (Engedal& Haugen, 2009, s 20).

Åndelig/ eksistensiell omsorg:

- " - Det å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser*
- å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie,*
- og å assistere hans/ hennes arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans/ hennes eget livssyn" (Kallenberg & Stifoss Hansen, 1998, s 21).*

Sykehjem:

§ 2-1 i Forskrift for sykehjem og boform for heldøgnsomsorg (1988) sier at sykehjemmet skal gi heldøgnsopphold med organisert sykepleietjeneste, legetjeneste og fysioterapitjeneste i et samarbeid med kommunal helse og sosialtjeneste.

2.0 Teori

Først kommer en presentasjon av Kari Martinsens sin omsorgsteori. Deretter kommer teori om demens, åndelig/ eksistensiell omsorg og åndelig/ eksistensiell tilnærming.

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Martinsens omsorgsteori:

Martinsen definerer omsorgen som: " *En ivaretagelse av livet der nestekjærligheten er den drivende og bærende kraft i sykepleien*" (Martinsen, 2000, s 15). Dersom sykepleien blir en teknikk med manglende hjertelag, så har sykepleien lite for seg. Hennes teorier er inspirert av bibelens lignelse om den barmhjertige samaritanen. Samaritanen ble sanselig berørt og han brukte " hjertets øyne" til å se den hjelpetrengende. Den profesjonelle skal verne om pasientens integritet. Ved en personsentrert omsorg handler det om å være engasjert, forpliktet og at en er villig til å gi noe av seg selv i møtet med pasienten. Det handler om å bli sansemessig berørt og at faglighet og hjertelag går hånd i hånd (Martinsen, 2000, s.12- 32).

I boken fra Marx til Løgstrup setter hun fokuset på sanselighet i sykepleien. Vår forståelse og sanselighet er noe som er intimt knyttet sammen og åpenstiller oss for å tyde våre grunnleggende livsbetingelser. Vårt syn, vår hørsel, våre ord og vår berøring gir uttrykk for vår fundamentale livsforståelse, det felles skapelsesgitte og vårt livsmot. Det fellesskapet vi har til hverandre kommer til syne ved den spesielle måten sykepleieren møter den andre på og det er den andre sin spesielle situasjon som sykepleieren skal tyde, uttrykke og handle etter. I henhold til Martinsen har det faglige skjønnet to hovedkomponenter. Det ene er at sykepleieren utifra en følsom åpenhet ser appellen om livsmot hos pasienten for så å bruke fagligheten slik at det blir handlet godt mot pasienten. Gjennom moralsk og praktisk handling får en fram pasientens livs og lidelseshistorie slik at sykepleier kan få fram livsmotet til pasienten (ML, 2003, s. 120-139).

I boken omsorg sykepleie og medisin omtaler hun omsorgen som relasjonelt, praktisk og moralsk. Omsorgen har med fellesskap og solidaritet å gjøre. I et sykehjem kan det relasjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient bli langvarig. Innenfor demensomsorgen

skal pasienten ha det så godt som mulig i en her og nå situasjon. Sykepleier skal vise solidaritet med de svake og ressursfattige og vise en holdning som anerkjenner den andre utifra hans/ hennes situasjon. Omsorgen handler om å gjøre ting for pasienten og sammen med pasienten (OSM, 2003, s 67-83).

Hennes teorier passer godt i forhold til åndelig/ eksistensiell omsorg, for når sykepleier er sanselig åpen for hele pasienten så inkluderer det også pasientens åndelige / eksistensielle omsorgsbehov.

2.2 Demens

Ved langtkommet demens er personen helt avhengig av fysisk pleie. I tillegg kan personen ha problemer med å kommunisere verbalt på en meningsfull måte i sammen med andre. I sluttfasen av demensutviklingen befinner flesteparten av pasientene seg i et sykehjem. Langtidshukommelsen er begrenset til hendelser som har vært betydningsfulle tidligere i livet. Pasienten kan finne seg i barne eller ungdomsalderen, for så å veksle mellom nåtid. Korttidshukommelsen kan være redusert til de siste 10-15 sekunder (Engedal & Haugen, 2009, s. 15-98).

2.3 Åndelig /eksistensiell omsorg

Åndelig omsorg er et begrep som brukes om det å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål og ressurser. Adekvat åndelig omsorg bygger på kunnskaper om livssyn, kultur og tradisjon og tar utgangspunkt i pasientens eget livssyn i arbeidet med eksistensielle spørsmål. De eksistensielle spørsmålene handler om det som gir livet verdi og mening (Danbolt, 2014, s 379).

Åndelig / eksistensiell omsorg er både lindrende, forebyggende og behandlende og den har sammenheng med livskvaliteten. Innenfor det åndelige/ eksistensielle området vektlegges

tilfredshet med livet, følelser, selvilde, oppnåelse, stress og usikkerhet, kontroll over livet, følelse av trygghet, verdier og religiøse forhold. Livskvalitet er et bevegelig mål og det kan forstås utifra et kulturelt perspektiv og avhenger av relasjoner. For å kunne vurdere en annens livskvalitet må sykepleieren ha evne til å vurdere pasientens subjektive opplevelse av livet (Schmidt, 2009, s. 32 -54).

Den åndelige/ eksistensielle omsorgen tar utgangspunkt i hvor stor vekt åndsdimensjonen har i livet og en trenger ikke å være religiøs for å ha en åndsdimensjon. Spirituality eller spirituell kan forstås som en søken etter noe helligt, og åndelige erfaringer kan være erfaringer fra noe gudommelig eller en følelse av en indre fred eller en mening. Mennesker kan si at de er åndelige, men at de ikke er religiøse (Danbolt, 2014, s. 18-31).

Åndelige behov kan kan vise seg ved at mennesket har en sterk opplevelse av skyld, skam, fortvilelse og en opplevelse av meningsløshet. Åndelige og eksistensielle spørsmål kan være: Hva har verdi i mitt liv? Hvem er glad i meg ? Hva er meningen med livet? Hvordan kan jeg leve med smerter og lidelser? (Sørbye& Undheim, 2012, s. 167-175).

Åndelige og eksistensielle problemer kan gi utslag i en endret adferd. Fromm, (1991) i (Lie, 2002), sier at den menneskelige adferden bygger på de grunnleggende behovene for identitet, hengivelse, stimulering og fellesskap . Manglende dekking av disse behovene kan gi utslag i aggresjon og destruktiv adferd (Lie, 2002, s 12-28).

2.4 Åndelig/ eksistensiell tilnærming.

En personsentrert tilnærming er viktig i forhold til personer med en demenslidelse. Selv om svikten sykdommen medfører er stor, så må sykepleier se på hvert enkelt menneske og tilrettelegge omsorgen i forhold til hva som er viktig for akkurat denne pasienten for at den skal få ivaretatt sin identitet og verdighet (Engedal & Haugen 2009, s. 51-98). Pasienten med demenslidelse kan ha glemt sine tidligere ferdigheter og kan ha behov for at noen ser dem og hjelper dem (Berentsen, 2010, s 350-382).

Omsorgen for personer med demens handler stort sett om det å ivareta personens identitet. Omsorgen skal være helhetlig der den åndelige dimensjonen er verdiforankret etter hva som

er viktig i personens liv. Omsorgen tar utgangspunkt i personens livssyn, interesser og livshistorie. Personer med demens har behov for kjærlighet, noe å gjøre, trøst, tilknytning, inklusjon, identitet og et personale som ser på pasientens eksistens som enestående. Identitet betyr å vite hvem en er. Fortidens hendelser og tilknytningen til andre i løpet av livet er faktorer som bidrar til å forme ens identitet. Den kognitive svikten en demenslidelse medfører kan gjøre at en person "mister" sin identitet. Innenfor demensomsorgen handler det først og fremst om å ivareta personens identitet. Dette kan gjøres gjennom det å gjøre noe for og sammen med pasienten som fører til en styrket identitetsfølelse. Ved en personsentrert omsorg er forholdet mellom sykepleier og pasient et "jeg - du" forhold. Det handler om å anerkjenne pasienten og se på pasienten som et verdifullt menneske. En kan snakke med pasienten om dens ønsker og behov for så å gjøre noe med disse behovene slik at pasienten kan oppleve meningsfulle øyeblikk. Videre er det helt grunnleggende at sykepleier har empati for pasienten slik at en kan leve seg inn i hvordan en situasjon oppleves der og da. En må ha informasjon om pasientens bakgrunn slik at en kan forstå pasientens måte å reagere på i visse situasjoner. For å ivareta den åndelige/eksistensielle omsorgen må sykepleier ha forståelse for pasientens verdier, evner, interesser og åndelige behov (Kitwood, 2003, s 17-94).

Schmidt (2009, s. 89-105) sier at sykepleier kan ivareta den åndelige/eksistensielle omsorgen gjennom den måten sykepleier kommuniserer med pasienten. Videre mener Schmidt at kommunikasjonen er noe av det viktigste innenfor den åndelige /eksistensielle omsorgen. Det handler ikke bare om de muntlige ordene, men det handler om å kunne lese pasientens nonverbale språk. Når pasienten sin hukommelse er svekket og språkfunksjonen er redusert så må sykepleier være ekstra oppmerksom på hva pasienten signaliserer, slik at sykepleieren kan danne seg et bilde av pasientens situasjon. Videre må sykepleier være oppmerksom på sitt eget nonverbale språk, sin mimikk og sitt stemmeleie. Innen den personsentrerte omsorgen handler det om det å være nær pasienten og det handler om å skape tillit. En kan vise at en bryr seg om pasienten ved at en lytter til pasienten og signaliserer at en har tid. Sykepleier kan ivareta åndelig/eksistensiell omsorg gjennom håndlaget. Med berøring kan sykepleieren nå inn til pasienten der ord ikke strekker til. Et klapp på skulderen, et håndtrykk, et stryk over kinnet en klem eller å ha et godt håndlag og varsomhet i stellet. Det handler om å vise at sykepleier bryr seg om pasienten.

Martinsen sier at kunsten i sykepleien er å være sanselig åpen for det pasienten uttrykker slik at sykepleieren kan forstå hvordan pasienten har det. Dette gjøres gjennom syns og hørselssansen vår og gjennom erfaringer. Sykepleier kan få fram håp og livsmot hos pasienten

gjennom den måten sykepleier uttrykker seg på. Kunsten handler også om det å berøre på en god måte slik at det blir en balanse mellom nærhet og avstand for at pasienten skal ha det best mulig (ML, 2003, s. 144-145).

2.5 Meningsfulle aktiviteter

Minnearbeid og sansestimulering

Med alle tapene en demenslidelse medfører mister en også noe annet, en mister sin livshistorie, historien om hvem en har vært og hvem en er nå. Når et menneske mister sin identitet, så har det behov for å få støtte og hjelp til å få en følelse av å være seg selv igjen. En viktig sykepleie oppgave vil derfor være å hjelpe personen til å få fram minner som ivaretar personens identitet. Et åndelig/ eksistensielt minnearbeid kan være å snakke om livet som har vært, det levde livet, hvilken mening livet har hatt og om hva som fortsatt gir livet mening (Fossland & Thorsen, 2010, s 150 -151).

Det å ha en livshistorie å forholde seg til er en god hjelp for personalet, og er helt essensielt for pasienten som kan få en bekreftelse på hvem han er og en trygghet i det å bli møtt av et personale som har forståelse, innlevelse og oppriktig interesse for pasienten. En viktig omsorgsoppgave vil være å legge opp til aktiviteter som bygger på pasientens tidligere interesser og hva som har gitt mening i livet (Engedal & Haugen, 2009, s. 51-62).

Sykepleieren kan integrere livshistorien i den daglige samtalen med pasienten. Livshistorien kan bli skrevet ned i en bok og etterhvert som pasienten husker, kan det skrives inn mer. Gjenkjennelse kan bidra til at enda flere minner dukker opp. Dette kan bidra til å styrke identiteten. De pårørende kan være med i utføringen av minneboken. De kan ta med bilder og hjelpe til med å skrive ned hyggelige minner. Enkelt minnearbeid kan gjøres individuelt eller som samtale i små grupper, gjerne som en hyggestund i dagligstuen over en kopp kaffe. Sykepleier kan strukturere samtalen ved at en tar opp tema som feks. matlaging, husstell, barn, høytider, arbeid og lignende. En kan også bruke gjenstander eller redskaper og håndarbeid som kan framkalle minner. Deltakerene får noe å engasjere seg i, og snakke om i

felleskap med andre. Sang og musikk kan få fram minner og ferdigheter. Selv om en demenslidelse kan medføre en redusert språkfunksjon, så kan kjente sanger stimulere og refrenger fra kjente tekster kan dukke opp fra minnene, og personen synger med (Fossland & Thorsen, 2010, s. 150-157).

Åndelig/ eksistensiell omsorg kan være det å ta med seg pasienten utendørs, feks i sansehagen, eller på balkongen. Er pasienten rullestolbruker så kan en trille en tur med pasienten. For personer som har elsket å være ute i naturen vil det å ikke få komme utendørs være et savn. Gjerne har personen vært et aktivt friluftsmenneske eller vedkommende har hatt et utendørsarbeid som skogsarbeid, jordbruk eller fiske osv. Den store interessen for mange kan jo ha vært hagearbeid, det å få stelle med planter og blomster. For disse personene vil det være et eksistensielt behov å få komme utendørs og kjenne på været, luktene og lydene av fuglekvisper, å få berøre planter, jord og smake på bær og frukt (Schmidt, 2009, s. 106-116).

Livssyn og tro

I forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie (1989) § 4-6 står det: "*Beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn*"

En sykepleier må kunne møte pasientens åndelige behov uansett hvilken religiøs tilhørighet pasienten har. Sykepleier vil derfor ha behov for kunnskap om trosretninger, religioner og kulturer slik at sykepleier kan ivareta åndelig / eksistensiell omsorg etter pasientenes individuelle behov. Dersom arbeidsstedet legger opp til etiske refleksjoner rundt de åndelige/ eksistensielle behovene, vil det bli skapt en åpenhet rundt temaet der personalet kan snakke sammen om disse spørsmålene (Sørbye & Undheim, 2012, s167-181).

De fleste eldre beholder sitt livssyn og sin tro. Tro som har ligget latent som for eksempel barnetroen kan bli forsterket. Pasienter som er vant med bordbønn eller aftenbønn vil gjerne fortsette med dette i sykehjemmet. Nattverd er et rituale som formidler åndelig kontakt med Gud og innbyrdes kontakt mellom de troende. Pasienter bør fortsatt få delta i nattverd etter at de er kommet til sykehjemmet (Torbjørnsen, 2009, s 456-464).

Det er viktig at de som ønsker det får praktisert sin tro og at det blir tilrettelagt for deltagelse i andre menigheter eller besøk i tempel, synagoge, moske og lignende. Et alternativ er at religiøse ledere, prester, imamer og andre trosutøvere kan besøke pasienten på sykehjemmet. Et tett samarbeid med de pårørende er viktig både i forhold til skikker, kosthold, og tro (Hanssen, 2010, s. 38-50).

Kommunen har ansvar for at pasientene får leve i samsvar med sitt livssyn og sin tro, og for at personalet får opplæring i å samarbeide med de lokale livssynssamfunnene som passer til pasientens ønsker. Kommunen må utarbeide rutiner for at pasientene får informasjon om hvordan samarbeidet kan foregå. Pasientens primærkontakt har et spesielt ansvar i forhold til å kartlegge pasientens behov. Gjennom inntakssamtalen og gjennom pårørende samtale kan pasientens tros og livssynshistorie nedtegnes (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, 2013).

Samarbeid for å ivareta åndelig/ eksistensiell omsorg innebærer at det blir dokumentert. I dokumentasjonen kan det for eksempel stå at pasienten trenger hjelp til å få satt på en cd eller til å få leste et vers eller en bønn. Videre kan det stå noe om at pasienten trenger følge eller bistand under eventuell andakt eller andre arrangementer. Dette fører til at pasienten får kontinuitet i dens ivaretagelse av åndelig/ eksistensiell omsorg (Schmidt, 2009, s.84-88).

3.0 Metode

Metode har sammenheng med vitenskap og metoden er de verktøyene en bruker og den framgangsmåten en benytter seg av for å finne svar på spørsmål som kan belyse eller gi ny kunnskap. Metoden viser oss hvordan en arbeider for å søke kunnskap som kan gi oss faglige og interessante svar på spørsmål som deretter kan etterprøves (Dalland, 2007, s 82- 83).

William Albert, siteres om metode i Dalland (2007, s 83) " *En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder*"

3.1 Forskningsmetoder.

Kvalitativ metode.

Den kvalitative forskningen er subjektiv med et innenfra perspektiv. Forskningen omfatter et lite antall personer, den er trinnsvis og fleksibel ved at den går dypere inn i problemstillingene (Ollson & Sörensen, 2003,s. 16-17). Kvalitative metoder er metoder som blir brukt for å karakterisere noe eller beskrive en sammenheng eller fenomener i vår omverden. Forskeren søker gjerne etter en helhetsforståelse. En kan klassifisere de kvalitative metodene som holistiske for ved holistiske betraktninger så ser en helheten istedenfor å ta utgangspunkt i enkelte deler. Forskningen kan være fenomenologisk ved at den belyser en forståelse som er begrenset til opplevelser. Forskningen kan også være hermeneutisk der en gjennom fortolkninger forsøker å forstå menneskers situasjoner og menneskelige erfaringer. Kvalitative innsamlingsmetoder kan være intervjuer, observasjoner, casestudier, fokusgrupper og nedskrevne tekster, fortellinger og dokumenter. Ved disse metodene blir dataene beskrevet med menneskers egne ord og observerte adferd. Forskeren kommer nært innpå mennesker ved at forskeren ofte selv er med å samle inn data og metoden er gjerne tidkrevende (Olsson & Sörensen, 2003 s. 66-79).

Kvantitativ metode.

Kvantitativ forskning kjennetegnes ved at den har et utenfra perspektiv der forskeren har avstand til forsøkspersonene. Forholdet mellom forskning og teori er bygget på bekreftelse. Forskningen omfatter et stort antall individer og resultatene er generelle med entydige, valide og reliable resultater (Ollson & Sörensen, 2003, s. 16-17).

Metoden fokuserer på det som er felles for mange individer. Metoden er objektiv og strukturert. Datainnsamlingen foregår gjerne ved hjelp av offentlig statistikk, spørreskjema, intervjuundersøkelser, medisinske journaler, laboratorieprøver og systematiske målinger. Metoden frembringer opplysninger som kan måles og sammenlignes (ibid., s. 94-99).

Mixed method (blandet metode):

Dette er når forskningen er både kvalitativ og kvantitativ. I en slik metode kan feks. et fenomen bli belyst både ved hjelp av intervjuer og ved statistikker (Forsberg & Wengström, 2013, s. 57-59).

Oversiktsartikler (Overview).

Dette er artikler som vurderer publiserte forskningsartikler med et kritisk blikk. I disse artiklene viser en til hva som finnes av forskning innenfor et spesielt område. De viser til sammenhenger og til eventuelle behov for videre forskning (Dalland, 2007, s. 81).

3.2 Forskningsetikk

Helsinkideklarasjonen har laget fire grunnleggende prinsipper i forhold til det å forske på mennesker. Disse prinsippene er: Godhetsprinsippet, autonomiprinsippet, rettferdighetsprinsippet og prinsippet om å ikke skade. Disse prinsippene innebærer at forskningen skal ta utgangspunkt i pasientenes integritet og verdighet, og at kunnskap som kommer frem i forskningen kan forbedre pleie/ omsorg , behandling og diagnostikk. Den nasjonale forskningsetiske komite (NEM) og regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK), bygger på Helsinki deklarasjonen. Disse komiteene vurderer

vitenskapelige holdbarheter, etiske problemer og det statistiske underlaget som forskningsprosjektet aktualiserer. Forskningen skal være godkjent av etisk komite. Datatilsynet informerer og gir råd i forhold til personvernet og har regler som sikrer personvernet i forhold til personlige opplysninger (Ollson & Sörensen, 2003, s. 56-61).

Helseforskningsloven (2008, kap.4, § 13- §18) sier at personer som deltar i forskning skal delta frivillig gjennom dokumentert og informert samtykke. For personer uten samtykkekompetanse skal nærmeste pårørende eller verge samtykke om deltagelse.

3.3 Presentasjon av litteraturstudie som metode.

Bacheloroppgaven for sykepleiere er en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie blir definert av Mulrow og Oxman i (Forsberg & Wengström, 2013 ,s. 27) som "*den utgår från en tydligt formulerad fråga som besvaras systematisk genom att identifiera, välja, vardera och analysera relevant forskning*".

Når en skal gjennomføre et systematisk litteraturstudie så begrunner en hvorfor studien gjennomføres. En formulerer en problemstilling med spørsmål som besvares i studien. En lager en prosjektplass og bestemmer seg for søkeord relatert til problemstillingen. Videre så velger en ut relevant litteratur i vitenskapelige artikler. Disse skal kvalitetsbedømmes og vurderes med et kritisk blikk når en velger om de skal inngå i studien eller ikke. Resultatet av studien skal drøftes og analyseres. Til slutt lages det en konklusjon der en ser om en fikk svar på problemformuleringen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 31-32).

Dalland (2007, s 82-95) sier at bachelor oppgaven er et litteraturstudium der metoden er å bruke forskning, pensumbøker og andre bøker som er relatert til tema og problemstilling. Oppgaven skal være kunnskapsbasert ved at den er vitenskapelig forankret i forskning. En stor del av arbeidet vil derfor bygge på disse artiklene. En kan bruke stortingsmeldinger , lover og regler som er relevant for tema og problemstilling. Den litteraturen en bruker skal være troverdig og stemme overens med virkeligheten. Dataene skal være nøyaktige og systematisk utvalgt og være relevante for problemformuleringen.

Oppgaven skal inkludere etiske overveielser, dvs at en spør seg om oppgaven kan bidra med noe i forhold til de menneskene som er involvert, og hvem som har nytte av kunnskapen som kommer frem (Dalland, 2007, s. 117). Fusk vil si at en er uredelig i forbindelse med datamaterialene, og at en ikke oppgir kilder. Dersom en kopierer fra andre oppgaver og utgir det for å være sitt eget, så er det fusk (Ollson & Sørensen, 2003, s 61-62).

3.4 Oppgavens metode og kildekritikk.

Bacheloroppgaven er et litteraturstudie og derfor har jeg lest litteratur i forhold til åndelig / eksistensiell omsorg og i forhold til demens. I oppgaven har jeg også brukt pensumbøker i forhold til demens, etikk og anerkjent fag og forskningslitteratur. Jeg har brukt flere bøker av sykepleieteoretikeren, som går igjen i oppgaven. I tillegg til bøker er det tatt med aktuelle forskrifter og rundskriv, som er aktuelt i forhold til tema og problemstillingen. Jeg har også brukt de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

For å finne aktuelle forskningsartikler så søkte jeg i helsefaglige databaser som, Cinahl, Pubmed, Swemed, Ovid nursing og i Sykepleien . For å finne aktuelle søkeord analyserte jeg åndelig / eksistensiell omsorg for å kunne finne søkeord i forhold til hva det innebærer, og ord i forhold til sykehjem, demens og sykepleier. Jeg har brukt søkeordene spiritual care, spiritual needs, spirituality, quality of life, nursing home, dementia, dementia care, identity og intercultural. Jeg søkte på artikler fra de siste ti år og disse artiklene måtte ha tilgjengelige abstrakter. De artiklene som ikke hadde metode felt var ikke aktuelle. Syv artikler ble bestilt gjennom bibsys, da de ikke var tilgjengelige for lesning online. Av disse artiklene valgte jeg ut tre aktuelle som jeg syntes var relevante i forbindelse med problemstillingen. De to andre artiklene var tilgjengelige online. De artiklene jeg tok med i oppgaven befinner seg innenfor tidsrommet 2010- 2013. Artiklene fant jeg på Cinahl, og Swemed. Artiklene ble kontrollert etter sjekklistene i kunnskapssenteret. Valgte artikler vises i følgende tabell.

Artikkel	Database	Søkeord	Referanser Annet	Antall treff	Valgt Artikkel nr Type	Godkjent av etisk komite
1. Spirituality within dementia care: perceptions of health professionals.	Cinahl	spirituality And dementia care	Ref: 51 Bestilt via bibsys	64	Nr 5 Kvalitativ	Ja
2 Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia.	Cinahl	Spiritual care And dementia And nursing home	Ref: 36 Full text tilgjengelig	19	Nr 3 Mixed method	Ja
3 The Influence of cultural background in intercultural dementia care: Exemplified by sami patients	Cinahl	Intercultural, Dementia,	Ref: 26 Bestilt via bibsys	1	Nr 1 Kvalitativ	Ja
4 Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet	Swemed	Nursing home Dementia,	Ref: 42 norsk Full tekst tilgjengelig	59	Nr 6 Kvalitativ	Ja
5 A systematic Review of spirituality and dementia in LTC	Cinahl	Spirituality And Dementia care	Bestilt via bibsys	64	Nr 9 Review	Ikke Aktuelt

Kildekritikk

Forskning på mennesker med demenslidelse skal kun gjøres dersom det er rimelig å tro at det kommer pasientgruppen til gode. Det skal også være grunn til å tro at vedkommende ikke hadde motsatt seg deltagelse dersom personen hadde hatt samtykke kompetanse (Helseforskningsloven, 2008). Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin (2005) sier at mennesker som fra før er sårbare risikerer å bli enda mer sårbare dersom deres stemme ikke blir hørt, noe som kan føre til at omsorgstilbudet kan bli mangelfullt.

Artiklene fra nummer en til fire er godkjent av etisk komite og alle deltakere i studiene har detatt frivillig. Artikkel nummer en er aktuell i forbindelse med helsepersonells forståelse av åndelig/ eksistensiell omsorg. Artikkel nummer to er valgt fordi den viser at åndelig/ eksistensielt minnearbeid er nyttig for mennesker med en demenslidelse. Artikkel nummer tre ble valgt ut fordi det å ivareta åndelig/ eksistensiell omsorg må tilpasses pasientens

kulturelle bakgrunn. Den er også viktig i forhold til å belyse pårørendes synspunkter. Den ble også valgt fordi det gikk en dokumentar på tv om samiske pasienter ved en demens avdeling, i forbindelse med tv aksjonen sist høst. Med bakgrunn i stortingsmelding nr 25 og demensplan 2015, ble det iverksatt en tre årig satsing for å øke kvaliteten på helse og omsorgstjenester til personer med samisk språklig og samisk kulturell bakgrunn. Artikkel nummer fire får fram nødvendigheten av å bli kjent med pasienten gjennom dens livshistorie. Første forsker fulgte opp deltakerene gjennom et fem måneders langt feltarbeid, og jeg ser den som svært troverdig. Artikkel nummer fire er en systematisk oversiktsartikkel over publiserte artikler som får fram hovedtrekkene i åndelig/ eksistensiell omsorg og helsepersonells behov for selvbevissthet , refleksjon og kunnskaper innenfor området.

4.0 Resultat.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

[Spirituality within dementia care: Perceptions of health professionals \(Bursell & Mayers, 2010\).](#)

En kvalitativ studie der hensikten var å belyse profesjonelle helsearbeidere sin forståelse av hva åndelig omsorg til personer med demens innebar. Hvordan de oppfattet hvordan pasientenes åndelige behov skulle ivaretas og hvem som kunne utføre det. Metoden var en fenomenologisk tilnærming der det ble benyttet semistrukturerte intervjuer. Elleve helsearbeidere meldte seg frivillig til å delta i studien, deriblandt fire sykepleiere som arbeidet ved avdelinger for personer med en demenslidelse, to psykologer, to ergoterapeuter, to leger og en logoped.

Resultat: Alle deltakerene syntes at det var vanskelig å definere hva åndelig omsorg innebar, men de var enige i at det hadde med mer enn religion å gjøre. Seks av deltakerene mente at sansestimulering, musikk, frisk luft, gudstjenester og det å lytte til pasientens ønsker var viktig i forhold til å dekke åndelige/eksistensielle behov. De mente at religionsutøvere som prester osv var de som var best egnet til å utføre den religiøse delen av åndelig omsorg, men at helsearbeidere skulle involveres i den åndelige omsorgen ved å registrere disse behovene. De mente at det også var en oppgave for dem å gi åndelig omsorg. Informantene erkjente at det ikke var rutine å spørre etter pasientenes åndelige behov, men at det burde være det og de burde være i stand til å identifisere de åndelige og eksistensielle behovene hos pasienter med demenslidelse, selv om pasienten har problemer med å kommunisere. Informantene mente at de hadde behov for mer opplæring i hvordan slik omsorg utføres og en beskrivelse om hva det innebærer.

[Living in aged care: Using spiritual reminence to enhance meaning in life for those with dementia \(MacKinlay & Trevitt, 2010\).](#)

Hensikten med studien var å evaluere effekten av åndelig/eksistensielt minnearbeid som en metode for å hjelpe eldre mennesker med en demenslidelse til å finne en mening i deres livssituasjon. Metode: 113 sykehjemspasienter med en demenslidelse deltok i studien. De ble

delt inn 24 i små grupper på tre-seks personer som møttes ukentlig i en periode over seks uker eller seks måneder. Før de begynte ble det tatt en mini mental status av alle deltakerene. Det ble foretatt en analyse av intervjuer, gruppesamtaler og forskerens observasjoner. Spørsmål som ble stilt og tema for timene var hva som betydde mest i livet deres, om livet var verdt å leve, hvordan det føles å bli eldre og om hvilke håp de hadde?

Resultat: Tverrsnittet av mini mental scoren før studien var 18,12. Etter studien var den gått ned til 16,09. De som hadde lavest score før testen var også de som hadde størst utbytte av de ukentlige samlingene. Flesteparten av deltakerene oppgav familie og vennskap som det viktigste. Flere nye vennskaper ble innstiftet i løpet av studien.

[The influence of cultural background in intercultural dementia care: Exemplified by Sami patients \(Hanssen 2013\).](#)

Hensikt: Å øke kunnskapen om hvordan den kulturelle bakgrunnen påvirker samhandlingen med sykehjemspasienter med en demenslidelse. Metode: En kvalitativ studie der pårørende og sykepleiere til samiske pasienter ble intervjuet med spørsmål om hva de så på som viktig pleie i demensomsorgen. Resultat: Det er viktig at pasienten får snakket morsmålet sitt og at de har et personal som snakker deres språk. Videre er det viktig at de får kle seg i tradisjonelle sameklær, spise den tradisjonelle maten, delta i gudstjenester, bønn, salmesang, joik og viser. Pasienter med langtkommet demens fungerte bedre når de fikk leve i tråd med sin kultur. Noen som hadde mistet mesteparten av språket kunne komme med setninger og joike i fellesskap med andre.

[Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet \(Drageset, Elstad & Normann & 2013\).](#)

Hensikten med studien var å utvikle en innsikt i hvordan en kan bli bedre kjent med den enkeltes identitet gjennom pasientens egen livshistorie. Metoden var kvalitativ og en av forskerene drev et feltarbeid over 5 mndr og intervjuet 10 pasienter med demens i 80 og 90 års alderen, ved 2 norske sykehjem. Pasientene hadde hatt demens i flere år, noen i over 10 år. Resultatet viser at pasientenes livshistorie synliggjør det som er viktig å videreføre i sykehjemmet som f.eks. forholdet til natur, mat, musikk, familie, og interesser. Pasientene må

sees som den personen de har vært, og fortsatt er for at personen skal oppleve en mening med livet i sykehjemmet.

[A systematic review of spirituality and dementia \(Brohm, Keast & Leskovaar, 2010\).](#)

Hensikten var å finne hvor mange publiserte studier det fantes som omhandlet åndelig/eksistensiell omsorg til personer med demens med langtidsplass i sykehjem. Hensikten var også å få fram hva åndelig/eksistensiell omsorg er, metoder for vurdering og kliniske vurderinger. Metoden var en systematisk litteraturstudie i USA der det ble søkt i databaser og sortert ut relevante, engelsk språklige artikler. Resultatet viste at det var få artikler som omhandlet åndelig omsorg til demenslidende i langtidspleie. Resultatet viste at åndelig omsorg er: Mening med livet, felleskap med andre og Gud, tverrfaglig samarbeid mellom trossamfunn og institusjon, og personsentrert omsorg. Det er behov for større forståelse innen personalet angående hva åndelig omsorg innebærer. Omsorgspersonell trenger en selvbevissthet om deres egne åndelige/eksistensielle behov for å kunne gi optimal åndelig omsorg til pasientene.

5.0 Drøfting

Artiklene blir drøftet opp i mot Martinsens omsorgsteori, de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, erfaringer fra praksis og egne refleksjoner.

5.1 Individuell personlig omsorg.

Resultatet av studien til MacKinlay og Trevitt (2010) viser at Mini Mental statusen hos pasientene gav bedre resultat etter det åndelige/ eksistensielle minnearbeidet. Resultatet var best hos de av deltakerene som fra før av hadde lavest score. Gjennom de ukentlige gruppesamtalene fikk pasientene muligheter til å snakke om håp, frykt, hva som gir mening i livet her og nå, og tanker om å befinne seg i slutten av livet. De fleste deltakeren oppgav en god helse, vennskap, og et godt forhold til sine foreldre (selv om de var døde) og sine barn som viktig. Deltakerene viste omsorg for hverandre og de utviklet vennskap. Noen deltakere brukte lang tid på å svare og de forstod ikke spørsmålene helt, slik at noen spørsmål måtte omformuleres. Hva som gir mening med livet ble omformulert til hva får deg til å stå opp om morgningen? En deltakeren svarte frokost. Noen husket ikke navnene til de andre deltakerene, men de kjente hverandre igjen og mange kjente igjen forskeren selv om det gikk en uke mellom hver samling. Flere deltakere gav tilbakemelding om at det var godt å snakke om disse tingene. Selv de med langtkommet demens og et lite ordforråd, gav uttrykk for interesse og deltagelse gjennom sitt nonverbale språk. Det viste seg gjennom blikket og mimikken (MacKinlay & Trevitt, 2010).

Martinsen (2005, s. 36-37) sier at kommunikasjonen handler om å våge seg frem mot en annen og at en blir imøtekommet. En må imøtekomme pasienten med en oppriktighet som gjør at pasientens integritet blir ivaretatt. Når en snakker om følsomme og eksistensielle tema så handler det om å være lydhør for pasienten og at en forsøker å "løfte" pasienten inn i en felleskap som vi kan dele.

Når resultatet av studien viser en så tydelig endring i den kognitive funksjonen, så bør virkelig personalet prøve å få til samtalegrupper. Selv om resultatet var best hos de som fra før av scoret lavt, så har også de med langtkommet demens utbytte av minnearbeid. Det kan

være at personalet har forestillinger om at pasienten, grunnet demenslidelsen ikke lenger er i stand til å kommunisere med andre. Selv om pasienten sin korttidshukommelse kan være redusert til 10-15 sekunder, og pasienten ikke husker navn eller hva det er blitt snakket om, så kan pasienten ha et gyllent øyeblikk der og da. Sykepleier kan registrere pasientens ansiktsuttrykk og mimikk, og se om pasienten kan ha utbytte av det. Dersom sykepleier deltar i slike grupper sammen med pasientene, så vil sykepleier bli bedre kjent med dem. Deretter kan sykepleier bedre ivareta den åndelige/ eksistensielle omsorgen etter hva som er meningsfullt for hver enkelt pasient.

Ser en på definisjonen av åndelig/ eksistensiell omsorg av Stifoss- Hansen og Kallenberg i innledningen, så ser en at dette samsvarer med det å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål og ressurser. Videre dreier det seg om å lytte til den meningen disse spørsmålene har i pasientens livshistorie, for så å gjøre noe med det.

Resultatet av studien viser at relasjonen med andre har god effekt på den kognitive funksjonen. Relasjon med andre har sammenheng med livskvaliteten. Når vi kommuniserer med pasientene så dreier det seg altså om å få fatt i hva som er meningsfullt for akkurat denne pasienten. De fleste deltakerene oppgav vennskap og familie som det viktigste i livet, da bør sykepleier sørge for at det er god relasjon mellom sykepleier, pasient og de pårørende. Videre kan sykepleier tilrettelegge for at pasienten får delta i felleskap med andre. Dersom pasienten ikke har noen pårørende, desto viktigere blir relasjonen mellom sykepleier og pasienten. Kari Martinsen sier at omsorgen handler om å knytte bånd og inngå i relasjoner til hverandre fordi et menneske kan ikke klare seg uten andre og derfor er relasjonene det grunnleggende i et menneskes liv. Det er en sykepleiers ansvar å engasjere seg i relasjonen med pasienten (2005, s135-166).

Studien fra Dragset, Eldstad og Normann (2013) viser at når pasientene fortalte sin livshistorie, så fikk de en bekreftelse på sin identitet. Pasientene fikk hjelp til å komme igang med å fortelle. Barndomsminner fra en tid med mye fysisk arbeid, dyrehold, fiske, ansvar for søsken, husarbeid, familiesamhold, skole og 2.verdenskrig var noen av de trekkene som gikk igjen i historiene. Pårørende hjalp til med å vise bilder fra "gamle dager" og det gjorde det lettere for deltakerene å huske. Martinsen (ML, 2003, s. 131-134), sier at det er fortellingene som setter vår livshistorie i sentrum. Pasientenes fortellinger er grunnlaget for våre handlinger for og sammen med pasienten.

Studien viser at selv om demenslidelsen har kommet langt og de fleste minner er tidvis borte, så kan tidligere livshendelser være sterke. Noen av disse hendelsene har formet vedkommende som person og blitt verdier som er viktige for pasientene. Dette vil si at pasientenes livshistorie er et hjelpemiddel for sykepleieren når den åndelige/ eksistensielle omsorgen skal ivaretas. Sykepleier kan vise bilder fra pasientens fortid som utgangspunkt for samtaler. Sykepleier kan også vise gjenstander som stimulerer erindringene. Det kan være berøring av en Bibel , et verktøy, håndarbeid, instrumenter eller kjøkkenredskaper. Smak og lukt kan få fram minner. Innenfor demensomsorgen og den åndelige / eksistensielle omsorgen handler det om å gjøre ting for og sammen med pasienten for at vedkommende skal få ivaretatt sin identitet. Det pasienten forteller bør føre til handlinger, det vil altså si at vi gjør noe med det pasienten og/ eller pårørende forteller. § 2.1-2.2 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011), sier at sykepleiere skal samarbeide med pasientens pårørende, vise omsorg for dem og behandle deres opplysninger om pasienten med fortrolighet.

Fra praksis var det en person som hadde vært friluftsmenneske hele livet. Nå var han skrøpelig, og kunne ikke gå ut i snøen, så personalet tok inn en stamp med snø som han fikk kjenne på. Avdelingen kjøpte grillgryte, kjeledresser og varmeposer til rullestoler, slik at pasientene kunne kose seg i sansehagen også vinterstid. Dette er eksempler på tiltak som kan være med på å ivareta den åndelige/ eksistensielle omsorgen for dem som liker å være utendørs. Det handler om å gjøre noe med de opplysningene en har fra pasientens livshistorie.

Et annet eksempel fra praksis er en svært urolig pasient, som ble rolig når personalet satte på pasientens cd med kristen musikk, og leste noen vers fra pasientens Bibelen. Pårørende hadde fortalt at disse versene og denne musikken var viktig for pasienten. Pasienten hadde vært i et kristent miljø hele livet. Urolig og endret adferd hos personer med demens kan ha flere grunner og det trenger ikke å være demenslidelsen i seg selv. Manglende dekking av åndelig/ eksistensiell omsorg kan være en av grunnene.

Studien fra Drageset, Elstad og Normann (2013) sier at åtte av de ti pasientene som ble intervjuet hadde fortalt hvor engasjert de tidligere hadde vært i musikk, sang og dans. Under arrangementer ved sykehjemmet så viste det seg at de ikke greide å finne sangnumre, greide ikke kjenne igjen andre deltakere og de forstod ikke hva som skjedde. Dette vil si at dersom pasientene fortsatt skal ha utbytte av slike arrangementer, så må det være et personal ved deres side som kan kan guide dem på en diskret måte. Pasientene kan være sårbare når de ikke lenger greier å følge med.

Går en til hovedfunnene i disse to artiklene som nå er blitt drøftet, så ser en at det å ivareta åndelig/ eksistensiell omsorg dreier seg om at pasienten får en bekreftelse på sin identitet. Dette får pasienten gjennom relasjon og samtaler med andre om spørsmål som er viktige i livet. Pasientens livshistorie er viktig i forhold til hvordan pasientens identitet skal ivaretas og hvordan personalet kan bidra til at pasienten får noe meningsfullt å gjøre.

Desverre viser det seg i praksis at dersom det er travle dager på jobb med flere syke/ dårlige pasienter, så kan noen pasienter bli oversett, det vil si at de får mat, stell, medisin osv, men det kan være lite tid til minnearbeid eller meningsfulle aktiviteter for pasientene.

Ettermiddagsvakter og helgevakter er spesielt utsatte vakter med lavere bemanning og færre aktiviteter for pasienten, men selv om det er travelt, så kan personalet vise åndelig/ eksistensiell omsorg gjennom den måten en kommuniserer på, verbalt og nonverbalt, og gjennom et godt håndlag. Noen ganger kan det komme vikarer som ikke kjenner pasientens pasientenes bakgrunn, noe som ikke er greit hverken for pasienten eller vikaren. Den åndelige/ eksistensielle omsorgen kan altså bli truet grunnet lav bemanning, dårlig tid og ukjent personale. Sykepleiere har ansvar for å rapportere videre eller melde avvik dersom det er kritikkverdige forhold ved avdelingen, jmf §5.2, 5.3 og 5.4 i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleier Forbund, 2011).

5.2 Ivaretagelse av pasientens kultur.

Artikkelen fra Ingrid Hanssen (2013) vektlegger pasientenes kulturelle bakgrunn som utgangspunktet for å gi god omsorg. Artikkelen understreker viktigheten av at pasientene får leve i tråd med sin samiske kultur ved demensavdelingen. Artikkelen viser til eksempler der personer med langtkommet demens fikk en bedret tilværelse når de fikk servert reinsdyrkjøtt og blodpannekaker i lavvoen i sansehagen og når de fikk joike og kle seg i tradisjonelle sameklær. En person som hadde mistet mesteparten av språket kunne komme med setninger og kommentere maten.

Pårørende og personale gav tilbakemelding om at det var best for pasientene at de hadde et personal som forstod kulturen, språket og aller helst hadde samisk bakgrunn. Etterhvert som

demenslidelsen utviklet seg, mistet pasientene det norske språket, men mye av det samiske morsmålet var intakt .

Artikkelen viser også at det ble en del misforståelser mellom de samiske pasientene og de av personalet som ikke hadde samme kulturelle bakgrunn, og som ikke snakket samisk. Selv om personalet forsøkte å tolke det nonverbale språket, så var likevel det nonverbale språket annerledes. Når en sykepleier kommer inn på rommet til pasienten for å tilby stell, så pleier sykepleiere å forklare hva som skal skje. Når personal og pasient snakker forskjellig språk, så kan det by på problemer for både pasient og personal. Pasienten kan bli engstelig når vedkommende ikke forstår hva som skjer. Artikkelen viser til en historie der noen pasienter tar av sengetøyet på sengene og pakker det ned. Disse pasientene hadde bakgrunn som flyttsamer, og i forhold til årstiden så var det på tide å pakke for at reinsdyrene skulle skifte beite. Pårørende og personale med samme kulturelle bakgrunn forstod dette.

En kan tolke denne artikkelen slik, at for å kunne ivareta den åndelige/ eksistensielle omsorgen for pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn vår egen, så må vi forstå kulturen deres. Pasienten må fortsatt få leve slik vedkommende er vant med i sin kultur for at pasienten skal ha det godt. Når et menneske med demens mister sitt andre språk, og kun kan snakke morsmålet sitt, som er fremmed for sykepleieren, så kan det bli problemer. Kari Martinsen sier at forståelsen for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt, og at denne forståelsen kan vokse frem av felles erfaringer. For at vi skal kunne forstå hverandre må det også være noe som binder oss sammen. Det som binder oss sammen kan være felles normer, regler og behov (OSM, 2003, s. 71).

Sykepleiere skal kunne ivareta pasientenes åndelige/ eksistensielle behov uansett hvilken kulturell og religiøs tilhørighet denne har. Jamfør de yrkesetiske retningslinjene (2011) § 3.1-3.5, bør sykepleier søke veiledning fra medarbeidere, og selv sørge for å søke kunnskap, og sørge for at kunnskapen blir anvent i praksis.

Omsorgstjenesten har lav flerkulturell kompetanse og lite kunnskap om religion og religiøse høytider. En må fokusere på et kunnskapsløft der et samarbeid med videregående skoler, høyskoler og innvandrers organisasjoner vil være nødvendig for å styrke flerkulturell kompetanse. Kommunene må benytte seg av tolk dersom sykehjemmet får fremmedspråklige pasienter fra etniske minoriteter. Flere sykehjem har arbeidstakere med minoritets bakgrunn og vi trenger flere av dem framover. Flere sykehjem har pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og antallet kommer til å øke (Klakegg, Skraastad & Yddal, 2013).

Sykepleier må tilrettelegge forholdene slik at pasientene får spise sin tradisjonell mat, gå med sine tradisjonelle klær, utøve sin religion, høre på sin tradisjonelle musikk og feire sine tradisjonelle og religiøse høytider. Vi bor i et flerkulturelt samfunn og sykepleier skal sørge for en helhetlig pleie for alle pasientene, noe som inkluderer det å ivareta den åndelige/eksistensielle omsorgen. For å få til dette er det helt nødvendig med et tett samarbeid mellom sykepleier, pårørende og trossamfunn. Videre bør det satses mer på flerkulturell kompetanse innen sykepleierutdannelsen.

5.3 Åndelig / eksistensiell kompetanse

Pleiepersonell trenger å være selvreflekterende angående sin egen tro for at en skal kunne utforske de åndelige/eksistensielle behovene hos pasientene. For å kunne gi optimal åndelig omsorg så bør personalet ha en selvbevissthet om sitt eget livssyn og tro for å kunne imøtekomme pasientenes behov. Helsepersonell trenger mer kunnskap om åndelig/eksistensiell omsorg til demensrammede, og det må være integrert i utdanningen av profesjonelle helsearbeidere (Brohm, Keast & Leskovar, 2010).

Sykepleiere trenger altså å være bevisste på sitt eget ståsted i forhold til ens eget livssyn og på hva som er verdifullt i ens eget liv, verdier som en ikke ville vært foruten enten en er religiøs eller ikke. Deretter kan sykepleier vende blikket mot pasienten og sørge for at pasienten får ivaretatt det som er verdifullt i sitt liv. Dette handler altså om empati, en evne til innlevelse og identifisering slik at en ser pasientens behov for åndelig/eksistensiell omsorg, for deretter å utføre den. Martinsen (OSM, 2003, s.17) sier at en må tenke seg at rollene kunne vært byttet om og at det er du som er pasienten og gjennom å gjøre dette vil pasientens sin posisjon bli endret slik at pasienten får muligheter til å leve så godt som mulig.

Brohm, Keast og Leskovar (2010) sier videre at den åndelige delen av personens identitet ofte blir oversett av helsepersonell og at det er få studier som er relatert til den åndelige /eksistensielle siden av demensomsorgen i sykehjem. Forskerne fant fem artikler som tok for seg metoder for å vurdere åndelige/eksistensielle behov hos personer med demens. Syv artikler diskuterte kliniske retningslinjer for å ivareta åndelig/eksistensiell omsorg. Artikkelen sier videre at åndelig/eksistensiell omsorg for personer med demens handler om

livskvalitet, personsentret omsorg, hva som er meningsfullt i livet, fellesskap med andre og Gud.

Denne studien er fra 2010 og det har kommet flere forskningsartikler siden den gang. Dette indikerer at det er interesse og behov for å forske videre på åndelig/ eksistensiell omsorg for sykehjemspasienter med demens. I følge § 3.5 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) skal sykepleieren holde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis.

Går en til artikkelen fra Bursell og Mayers (2010), så viser resultatet at helsepersonell, derav flere sykepleiere innen demensomsorgen hadde en manglende klarhet angående hva som ble definert som åndelig omsorg, og at de følte seg utrygge i forhold til hvordan de skulle imøtekomme pasientens åndelige / eksistensielle behov. Studien viser videre at helsepersonell mente at åndelige utøvere som prester og lignende kunne være bedre rustet til å imøtekomme pasientenes religiøse behov. Tre av sykepleierene i denne studien mente at den religiøse delen av den åndelige/ eksistensielle omsorgen var noe de fint kunne gjøre, mens dette var uaktuelt for den fjerde sykepleieren, som mente at hun kunne tilrettelegge for dette, men ikke utføre det. Artikkelen konkluderer blant annet med at helsepersonell trenger mer kunnskap og øvelse i å utføre åndelig omsorg (Bursell & Mayers,2010).

Sykepleiere kan sørge for et samarbeid mellom trossamfunn og sykehjem. Sykepleier kan også sørge for et samarbeid med Røde Kors pasientvenner og med andre frivillig organisasjoner i nærmiljøet slik at pasientene kan få en meningsfull hverdag. Jamfør de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) § 4.1, har sykepleier ansvar for å fremme et faglig og tverrfaglig samarbeid.

Det kan være krevende å gi åndelig omsorg til personer med en demenslidelse og det er begrenset forskning angående akkurat hva som kjennetegner disse behovene hos pasientene. Helsepersonell trenger innsikt og kompetanse til å utføre åndelig omsorg. Helsepersonell kan gjerne lese Fadervår eller andre skrevne bønner for pasienten i samsvar med pasientens tros og livshistorie (Danbolt, Hauge, Kvigne & Skomakerstuen, 2012). For noen helsepersonell kan det være vanskelig å lese bønner for en pasient dersom en er ateist eller tilhører en annen religion. Det har også vært noen historier i media om sykepleiere som har gått over streken og forsøkt å "frelse" pasienter. Dette kan føre til at helsepersonell vegrer seg for å lese bønner i frykt for negative konsekvenser, men samtidig så er det en sykepleier oppgave å sørge for å hjelpe pasienten med å få ivaretatt de verdiene som pasienten grunnet sin sykdom ikke selv

kan få ivaretatt. Her kan sykepleier kjenne på et etisk dilemma. De yrkesetiske retningslinjene § 3.3 sier at sykepleieren erkjenner sin egen kompetanse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleier Forbund, 2011).

Ved arbeidsstedet der undertegnede var i praksis, var det fast refleksjonsmøte en morgen i uken. Slike møter gjør det mulig å drøfte sammen med leder og fagansvarlig hva som er greit og ikke greit i forhold til for eksempel bønn eller arrangementer. Når arbeidsstedet legger opp til etiske refleksjoner rundt disse spørsmålene, så kan det føre til en større forståelse om hva åndelig / eksistensiell omsorg innebærer og hvordan en tilrettelegger for dette i praksis, hva som fremmer og hvilke barrierer som hindrer. Dette kan igjen føre til en bedre ivaretagelse av pasientenes åndelige/ eksistensielle behov, og en pleiekultur der personalet samarbeider godt om disse spørsmålene. Ser en til resultatene av studiene fra Bursell og Mayers (2010) og Brohm, Keast og Leskovar (2010), så trenger sykepleiere kunnskap om åndelig/ eksistensiell omsorg. Sykepleiere må ha en bevissthet og evne til å reflektere over dette slik at en blir i stand til å dekke pasientenes behov.

5.4 Konklusjon

En personsentret omsorg er viktig for å kunne ivareta pasientens identitet. Den åndelige / eksistensielle omsorgen har sammenheng med livskvaliteten, meningen med livet, fellesskap med andre, minnearbeid, meningsfulle aktiviteter og ivaretagelse av pasientens interesser, tro og kultur. Kunnskap om pasientens livshistorie og samarbeid med pårørende er viktig for å ivareta åndelig/ eksistensiell omsorg. Når en har kunnskap om pasientens livshistorie så kan en forstå pasientens adferd/ nonverbale språk. Sykepleier skal sørge for at det blir iverksatt tiltak som er i tråd med pasientens livssyn og interesser. Sykepleier må ha en selvbevissthet angående sitt eget livssyn og en evne til å reflektere over åndelige/ eksistensielle behov slik at en forstår at pasienten har behov for åndelig/ eksistensiell omsorg. Sykepleier bør samarbeide med medarbeidere angående tilretteleggelsen av den åndelige/ eksistensielle omsorgen og sørge for at den blir ivaretatt. Et tverrfaglig samarbeid med tros og livssynssamfunn kan være nødvendig for at pasienten skal få ivaretatt sin tro og sitt livssyn. Helsepersonell har behov for kompetanse innenfor åndelig/ eksistensiell omsorg. Det er

nødvendig med flerkulturell kompetanse i forhold til å møte pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og det er ønskelig med mer fokusering på den åndelige/ eksistensielle omsorgen innenfor sykepleierutdanningen.

6.0 Referanseliste

- Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I: Brodkorb, K, Kirkevold, M & Ranhoff, A.H (Red.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2010). *Etikk i sykepleien* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brohm, R., Keast, K. & Leskovar, C (2010). *A systematic Review of spirituality in dementia LTC*. Annals of Long Term Care: Clinical care and aging 2010; 18 (10): 41-47.
- Bursell, J. & Mayers, C. A. (2010). *Spirituality Within dementia care: Perceptions of health professionals*. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 144-151. doi: 10.4276/030802210X12706313443866
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danbolt, L.J. (2014). Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaringer i en nordisk kontekst. I: Danbolt, L.J, Engedal, L.G, Stifoss- Hanssen, H, Hestad, K & Lien, L. *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L.J., Hauge, S., Kvigne, K. & Skomakerstuen, L,Ø. (2012). *Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem- forskningsstatus og aktuelle utfordringer*. Geriatrisk sykepleie 2012; 4 (1) 14-20.
- Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin (NEM) (2005): *Retningslinjer for inklusjon av voksne mennesker med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefagligforskning*. Hentet 14.02.2014 fra: <https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/brosjyre%20Redusert%20samtykkekompetanse%20i%20helsefaglig%20forskning%20282005%29.pdfh>
- Dragesett, I., Normann, K. & Elstad, I. (2013). *Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet*. Nordisk tidsskrift for helseforskning, 9 (1). 50-66.
- Engedal ,K & Haugen, P.K. (2009). *Lærebok om demens - fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Fause, Å & Micaelsen, A. (2008). *Et fag i kamp for livet- sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3.utg.). Stockholm: Bokförlaget natur och kultur.
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Fossland, T & Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hanssen, I (2010). Etniske minoriteter. I: Brodkorb, K, Kirkevold, M & Ranhoff, A.H (Red.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (s 38-50). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hanssen, I. (2013). *The influence of cultural background in intercultural dementia care. Exemplified by Sami patients*. Scandinavian journal of caring sciences: 2013: 27: 231-237. doi:10.1111/J.1471-6712.2012.01021.x
- Helse og Omsorgs departementet (2009). *Rett til egen tros og livssynsutøvelse*. Hentet fra: [www.regjeringen.no/upload/HOD/rundskriv 1-6-2009 pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/rundskriv/1-6-2009.pdf).
- Helse og omsorgs departementet. (2012). Demensplan 2015 " *Den gode dagen*" - revidert handlingsplan for perioden 2012 -2015. Hentet fra: [www./ regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf).
- Helsedirektoratet. (2010-2012). *Treårige satsinger innen samiske helse- og omsorgstjenester*. hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tre%C3%A5rige-satsinger-innen-samiske-helse-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/tre%C3%A5rige-satsinger-innen-samiske-helse-og-omsorgstjenester.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/%C3%A5ndelige-utfordringer/retningslinjer-for-%C3%A5ndelig>
- Helseforskningsloven. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 20.juli 2008*. Hentet 13. februar 2014 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Kitwood, T.(2003). *En revurdering af demens- personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.
- Klakegg, L., Skraastad, M., & Yddal, E.B. (2013). *Mangfoldig omsorg*. Sykepleien 2013 101(01): 66-68. DOI: 10.4220/sykepleiens. 2012.0164
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- MacKinlay. E & Trevitt. C. (2010). *Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia*. International Journal of mental health nursing(2010) 19, 294-401.doi: 10 1111/j.1447-0349.2010.00684.x
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup - Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin - Historiske filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleier Forbund.
- Olsson, H & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (2013). *samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Den som mottar helse- og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller sitt livssyn - alene og i fellesskap med andre*. Hentet fra www.deltakelse.no
- Schmidt, H. (2009). *Har du tid til det da?* Nesttun: Folio forlag AS.
- Sørbye, L.V & Undheim, L.T. (2012). Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor.I: Danbolt, T & Nordhelle, G (red.). *Åndelighet - Mening og tro- utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torbjørnsen, T. (2010). Åndelig omsorg. I: Brodtkorb, K, Kirkevold, M & Ranhoff, A.H
(Red.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (s 350-382). Oslo:
Gyldendal akademisk.